THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 26 *mai* 1859,

Par G.-R. LE GUELINEL DE LIGNEROLLES,

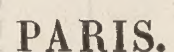
né à Bayeux (Calvados).

DE L'INSERTION DU PLACENTA

SUR L'ORIFICE INTERNE

DU COL DE L'UTÉRUS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1859

A MON ONCLE

WARREN DE LA RUE,

Docteur ès Sciences,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre titulaire de la Société royale de Londres,
Membre titulaire de la Société de Chimie,
Membre titulaire de la Société royale d'Astronomie, etc. etc.

A MON ONCLE

LE D[R] A. DE LIGNEROLLES,

ancien Professeur à l'École pratique de Paris.

A M. LE D[R] J. LE BIDOIS,

Membre correspondant de l'Académie impériale de Médecine,
Professeur titulaire d'Accouchements à l'École de Médecine de Caen,
Officier de l'Université,
Premier Médecin adjoint des Hôpitaux,
Chirurgien de la Maison centrale de Force et de Correction de Beaulieu,
Médecin expert des Tribunaux, etc.

DE

L'INSERTION DU PLACENTA

SUR L'ORIFICE INTERNE

DU COL DE L'UTÉRUS.



Les difficultés et l'obscurité ne s'apperçoivent en chascune science que par ceulx qui y ont entrée. Moi y trouve une profondeur et une variété si infinie, que mon apprentissage n'a d'autre fruict que de me faire sentir combien il me reste à apprendre.

(*Essais* de MONTAIGNE, liv. III, ch. 13, p. 370.)

INTRODUCTION.

La grossesse n'est pas une maladie : on lui reconnaît au contraire tous les caractères d'un état physiologique, compatible, à la rigueur, avec l'intégrité de la santé et l'exercice normal et régulier des diverses fonctions de l'organisme. Il n'en est pas moins vrai que la femme est exposée, par le fait même de la grossesse, à toute une série de maladies particulières, dont l'étude a toujours occupé une large place dans les traités d'accouchements. Il n'entre pas dans notre plan de nous appesantir sur l'énumération des accidents qui peuvent entraver le cours de la grossesse, en suspendre la marche ou en avancer le terme; de ceux, non moins nombreux, qui rendent trop souvent pénible, difficile, impossible même, sans le secours de l'art,

le travail de l'accouchement. Nous nous bornerons à rappeler leur division en deux groupes : les uns ne font sentir leur fâcheuse influence qu'au moment de l'accouchement et consistent dans la lenteur ou la trop grande rapidité du travail, ou encore dans des obstacles matériels, dus aux vices de conformation des organes maternels, du fœtus ou de ses annexes, parfois enfin dans une présentation défavorable du produit de la conception ; les autres sont constitués par des maladies qui compliquent la grossesse ou l'accouchement : nous citerons, comme exemples de ces derniers, les convulsions et l'hémorrhagie puerpérales.

Ces divers accidents sont loin d'avoir la même importance pratique, la même gravité pour les deux êtres dont ils menacent la santé ou la vie. Les hémorrhagies puerpérales, à cause de leur fréquence, du danger qu'elles font courir à la femme et à l'enfant qu'elle porte dans son sein, et du traitement émergique qu'elles réclament le plus souvent, les hémorrhagies puerpérales sont un des plus importants à bien connaître. L'expectation n'est pas permise en pareil cas, et tout médecin doit savoir combattre un accident aussi redoutable. Ces considérations nous semblent légitimer le choix que nous avons fait d'une de ses causes pour sujet de notre dissertation inaugurale. On comprendra facilement que nous ne puissions, dans ces quelques pages, passer en revue les causes, les symptômes et le traitement de toutes les hémorrhagies qui peuvent survenir pendant la grossesse et le travail de l'accouchement ; nous nous bornerons à étudier, à ce triple point de vue, celles qui sont dues à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus ; nous essaierons en outre d'en exposer le diagnostic différentiel et le pronostic.

Mais, avant de commencer par un rapide aperçu historique ce travail, dont nous ne nous dissimulons pas les nombreuses imperfections, qu'il nous soit permis de réclamer pour lui l'indulgence de nos juges ; ils voudront bien, nous l'espérons, en excuser les lacunes et les fautes en faveur de nos efforts pour mériter leurs suffrages, et

se rappeler que, si nous l'avons entrepris, c'était pour remplir un devoir qui nous était imposé.

HISTORIQUE.

Malgré le silence des auteurs anciens sur ce sujet, il est infiniment probable que l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus ou dans son voisinage a été, de tout temps, une des causes de l'hémorrhagie puerpérale. Rien dans l'étude de cette anomalie n'autorise à penser qu'il en ait été autrement. Quoi qu'il en soit, cette cause avait échappé à l'observation des accoucheurs, jusqu'au commencement du XVIIe siècle ou tout au moins jusqu'à la fin du XVIe. Le premier auteur qui semble l'avoir entrevue est un accoucheur français, l'élève et l'ami d'Ambroise Paré, Jacques Guillemeau : « Quand il y a flux de sang, lisons-nous dans le traité posthume : *De la Grossesse et accouchement des femmes*, etc., publié par son fils en 1621, c'est ordinairement le délivre qui se présente le premier... » On le voit, Jacques Guillemeau constate simplement un fait, sans idées théoriques préconçues; il a, sur les auteurs qui l'ont suivi, le mérite de s'en tenir à rapporter ce qu'il a vu, sans prétendre l'expliquer par une hypothèse. Il est bien étonnant que l'illustre prévôt du Collége de chirurgie, qui le premier avait donné le précepte de terminer artificiellement l'accouchement dans le cas d'hémorrhagie grave, et qui de plus opérait toujours de bonne heure, n'ait pas reconnu le point où s'insérait le placenta. Il paraît cependant, et nous pouvons à l'appui de cette opinion invoquer le témoignage de M. Velpeau, qu'il ne pensait pas que le placenta se fût développé sur le col, mais le croyait tombé du fond de l'utérus, où, selon lui, il s'insérait constamment.

Le plus célèbre accoucheur du XVIIe siècle, dont on lit encore aujourd'hui les ouvrages avec un vif intérêt, malgré les erreurs qu'ils renferment, tant ils sont pleins d'observations curieuses et se distinguent par une érudition spirituelle, parfois même un peu gau-

loise, F. Mauriceau consacre tout un chapitre de son *Traité des maladies des femmes grosses* (Paris, 1668) «à la description de l'accouchement, où l'arrière-faix se présente le premier ou est tout à fait sorti devant l'enfant. » Nous demanderons la permission d'en citer quelques lignes: «La sortie de l'arrière-faix avant l'enfant est encore bien plus dangereuse (que celle du cordon) ; car, outre que pour lors l'enfant meurt ordinairement, si on ne le secoure presque dans le même instant, la mère y est aussi très-souvent en péril de la vie, à raison de la grande perte de sang qui a coutume d'arriver, quand il se détache de la matrice avant qu'il en soit temps, parce qu'il laisse ouvert tous les orifices des vaisseaux contre lesquels il était adhérent, dont le sang coule en abondance, sans discontinuation, jusqu'à ce que l'enfant soit dehors, etc. » Dans un autre passage, Mauriceau expose, comme il la comprend, l'étiologie de cet accident ; mais il confond les cas où le placenta, inséré à la partie supérieure de l'utérus, s'était décollé, avec ceux où il était implanté sur le segment inférieur de l'organe. Voici ce passage ; il prouve cette confusion qui devait durer jusqu'à W. Giffart ou même jusqu'à Levret, qui est en réalité l'auteur qui l'a fait cesser: «J'ai remarqué en plusieurs femmes, qui ne s'étaient aucunement blessées, dit en effet F. Mauriceau, que leur arrière-faix s'était ainsi détaché et entièrement séparé de la matrice, à cause que le cordon de l'ombilic de leur enfant était embarrassé et entortillé autour de quelques parties de son corps et particulièrement autour du col, ce qui faisait que, pour le peu que l'enfant pût se mouvoir, pour se disposer à sortir, ce cordon, n'ayant plus sa longueur et sa liberté ordinaire, tiraillait continuellement l'arrière-faix et le faisait détacher entièrement de la matrice, devant le temps. » Ce passage, que nous avons cru devoir transcrire, malgré sa longueur, prouve que Mauriceau partageait l'erreur de ses contemporains, en faisant jouer à l'enfant un rôle très-actif dans l'acte de la parturition. Nous pourrions trouver dans d'autres chapitres la preuve que la cessation des mouvements de l'enfant démontrait à ses yeux la mort de ce dernier, et devenait une

indication de manœuvres spéciales : mais ce serait sortir de notre sujet , nous nous bornerons à signaler ce fait.

A peu près à la même époque, des faits analogues furent rapportés par Cosme Viardel (*Observations sur la pratique des accouchements*, 1671) et par Paul Portal (*Pratique des accouchements*, 1675) ; ce dernier dit avoir rencontré cinq cas de ce genre. Les faits de P. Portal furent rappelés plus tard par Levret, qui indiqua les observations 39, 41, 43, 51, 53, 69, comme des exemples d'insertion du placenta sur le col ou dans son voisinage.

Philippe Peu (*Pratique des accouchements*, 1694) parle de « corps renfermés dans la matrice qui causent la perte de sang, comme par exemple l'arrière-faix , détaché totalement ou en partie. » Plus loin il rapporte qu'il a diagnostiqué cet accident « par l'attouchement de la partie, qui est le signe le plus propre, le moins équivoque et le plus certain. » « De cette manière, dit-il encore, en racontant un fait de sa pratique, je reconnus que la môle de ces messieurs était le placenta même, entièrement détaché du fond de la matrice et coulé au devant de l'enfant. » Ces derniers mots prouvent que P. Peu partageait l'erreur de ses devanciers et croyait à la constance de l'insertion du placenta sur le fond de l'utérus.

Dans le livre qu'il publia en 1713, sous le titre de *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, Pierre Amand rapporte l'observation d'une perte ayant duré quinze jours et due au décollement partiel du placenta inséré sur le col ; ce praticien, dit M. Velpeau, qui cite ce fait, termina l'accouchement, amena l'enfant vivant, et la mère se trouva rétablie le dix-huitième jour. En 1722, Petit présenta à l'Académie des sciences une observation du même genre ; l'hémorrhagie avait duré trois jours, et la femme avait succombé.

Deventer partage encore les idées de Mauriceau : il attribue l'adhérence anormale du placenta à du sang coagulé, « qui, dit-il,

colle quelquefois le placenta si étroitement à l'orifice, qu'on le prendrait pour une excroissance de la partie. » Dans ses *Observations sur le manuel des accouchements*, ouvrage écrit en latin, et traduit en 1736 par Bruier d'Albaincourt, nous trouvons encore cette phrase : « Quelquefois un accident sépare l'arrière-faix de l'utérus, et, en ce cas, il sort avant l'enfant. » Ailleurs il ajoute : « On peut compter parmi les causes de l'accouchement difficile... quand le placenta s'est détaché, etc. » De plus, il prétend expliquer la présence du placenta sur l'orifice interne du col par une contraction irrégulière de l'utérus, qui rapprocherait le fond de cet organe de l'orifice. Les passages dans lesquels il expose le diagnostic et le traitement sont bien supérieurs à ce qui précède : si nous les supprimons, c'est pour ne pas multiplier les citations outre mesure.

William Giffart, dont l'ouvrage posthume fut publié en 1734, par Ed. Hody, sous le titre de *Cases in midwifery*, est plus explicite que ses devanciers: « Je ne puis admettre, comme toujours vraie, dit-il en effet, l'opinion de tous les auteurs qui soutiennent que le placenta est toujours inséré sur le fond de l'utérus; car, dans beaucoup de cas, j'ai toute raison de penser qu'il adhérait sur l'orifice interne ou tout auprès, et qu'en se dilatant, celui-ci a occasionné la séparation du délivre et par suite l'hémorrhagie. »

Dans le tome Ier des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, se trouve un travail de Puzos, qui se trouve également à la suite du *Traité des accouchements*, édition de 1759 : l'auteur y combat, à son tour, à propos *des pertes de sang qui surviennent aux femmes grosses* (titre du mémoire en question), la doctrine des auteurs qui veulent que le placenta soit toujours inséré sur le fond de l'utérus. Il signale son insertion sur le col comme opposant un obstacle mécanique à l'accouchement et à la dilatation de l'orifice : il y voit pour le praticien l'indication d'intervenir et de terminer l'accouchement par la méthode qui porte encore aujourd'hui son nom.

Enfin, en 1739, Heister reproduit, dans ses *Institutions chirurgi-*

cales, les idées de William Giffart : « Quelques modernes, dit Heister, pensent que l'adhérence du placenta sur le col est une cause d'hémorrhagie, et qu'alors, plus le col se dilate, plus la perte est abondante. » Quant à G. de La Motte, qui avait observé quatre cas, où la sortie de l'enfant avait été précédée de celle du placenta, il conseille de décoller celui-ci, à son insertion sur le col, au lieu de le percer dans sa partie centrale.

On voit, par ce qui précède, quelle obscurité régnait encore sur cette question, à l'époque où le célèbre A. Levret entreprit de l'élucider. Dans le second de ses ouvrages, publié en 1751, sous le titre de *Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*, il démontra qu'on peut trouver le placenta inséré sur les différents points de l'utérus ; il rappela, en les commentant, les observations de Schacher, Horne, Platner, Brunet, Heister, Deventer, de La Motte, Portal, Petit, etc. ; enfin, ayant eu lui-même l'occasion d'observer un cas d'insertion du placenta sur le col de l'utérus, il donna de ce fait une relation aussi complète que probante, qu'on peut considérer comme le véritable point de départ des travaux ultérieurs sur cette anomalie, que W. Giffart et Heister n'avaient fait que soupçonner et entrevoir.

Peu de temps après, les idées de Levret furent confirmées par les observations de Smellie et de Baudelocque. Comme nous aurons plus d'une fois, dans le cours de ce travail, l'occasion de citer les auteurs modernes qui se sont occupés de cette question, nous terminerons ici cet aperçu historique, bien incomplet sans doute, mais que nous n'eussions pu étendre davantage, sans dépasser le but que nous nous étions proposé d'atteindre.

ÉTIOLOGIE.

Si l'on excepte Deventer, qui avait cru trouver dans une contraction irrégulière de l'utérus l'explication de la présence du placenta sur l'orifice interne du col, aucun des auteurs que nous avons ra-

pidement passés en revue, dans le chapitre précédent, ne paraît s'être préoccupé des causes de cette anomalie. Parmi les modernes, beaucoup ont également gardé le silence sur ce sujet : quelques Allemands, auteurs plus savants que clairs, parfois si profonds qu'ils en deviennent inintelligibles, et de plus grands amateurs d'hypothèses, quelques Allemands, disons-nous, ont essayé de résoudre ce problème étiologique ; il nous semble qu'ils n'ont fait que le déplacer. Nous citerons, comme exemple, quelques mots du professeur Busch, de Berlin : « L'implantation vicieuse du placenta, dit cet auteur, est due à une activité formatrice de l'utérus ou de l'œuf, anormale, quant à son siége. » Nous regrettons de ne pas connaître la manière dont l'auteur de cette hypothèse l'a développée, en expliquant le mode d'action de la cause qu'il invoque; mais nous sommes forcé d'avouer, en toute humilité, que nous n'avons bien compris ni l'un ni l'autre, et que de semblables explications ne jettent pas pour nous un grand jour sur le problème en question.

Une hypothèse spécieuse, plus satisfaisante au premier abord, est celle que développe le *Programmata additionale de causa insertionis placentæ in uteri orificium ex novis circa generationem humanam observationibus et hypothesibus declarata ;* Gœttingue, 1792. Dans cet ouvrage, l'auteur, F.-B. Osiander, attribue l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col à la pesanteur spécifique de l'ovule et à l'attitude prise par la femme, immédiatement après la fécondation. Malheureusement pour cette nouvelle hypothèse allemande, M. Velpeau, en lui faisant l'honneur de la citer dans son livre, a démontré qu'elle devait être rejetée pour les deux raisons suivantes : 1° L'ovule fécondé n'abandonnant la trompe qu'au bout de huit à dix jours, l'attitude de la femme est indifférente jusque-là dans la question ; 2° l'ovule, en arrivant dans l'utérus, trouve la femme plus souvent debout que dans toute autre position ; par conséquent, si l'idée d'Osiander était exacte, l'insertion du placenta sur le col, au lieu d'être très-rare, devrait être au contraire la plus commune de toutes. Cette dernière objection est surtout péremp-

toire: en effet, on aurait pu peut-être répondre à la première qu'il n'est pas prouvé qu'un ovule non fécondé ne puisse plus l'être au moment où il arrive dans la cavité utérine, et ne puisse, dans ces conditions, se trouver soumis, pendant et après la fécondation, aux influences toutes physiques invoquées, par Osiander et Stein, pour expliquer l'insertion anormale du placenta.

Il nous semble qu'il ne reste jusqu'à présent d'autre cause admissible que l'absence plus ou moins complète des conditions qui favorisent l'insertion du placenta sur le fond de l'utérus. Cette cause est sans doute hypothétique, mais elle a un caractère de vraisemblance qui établit de fortes présomptions en faveur de la réalité de son action. C'est à M. Velpeau que la science est redevable de cette explication : nous n'aurions donc qu'à exposer les idées de ce professeur sur ce sujet, si les travaux de M. Coste sur la formation de la membrane caduque ne nous faisaient un devoir de dire en même temps comment l'action de la cause signalée par M. Velpeau peut s'expliquer dans la théorie nouvelle. A chaque époque menstruelle, l'utérus devient le siége d'une congestion considérable, qui produit la turgescence des tissus ; la muqueuse, épaissie et trop à l'étroit dans la cavité utérine, se plisse, et présente des circonvolutions nombreuses et des anfractuosités profondes, surtout aux angles supérieurs de la matrice. Cette turgescence est de courte durée, quand l'ovule n'a pas été fécondé et qu'elle se lie simplement à l'éruption des règles, annonçant le développement d'une ou de plusieurs vésicules ovariennes. Dans le cas contraire, loin de diminuer, elle augmente considérablement, et, quand l'ovule fécondé arrive dans la cavité de l'utérus, presque totalement remplie par le boursouflement de la muqueuse hypertrophiée, il se trouve pressé entre deux points de cette membrane ramollie : il ne saurait donc aller loin et se fixe ordinairement dans le voisinage de l'orifice de la trompe, à peu près au milieu de l'espace qui sépare ce dernier de celui du côté opposé ; à mesure que l'ovule augmente de volume, il déprime les tissus, qui végètent autour de lui, l'enveloppent bientôt complétement, et for-

ment ainsi la membrane caduque. Cette théorie a remplacé celle dans laquelle la formation de la caduque était attribuée à la coagulation d'un liquide séro-albumineux, sécrété par l'utérus : ce liquide, disait-on avant les travaux de M. Coste, donnait naissance à une membrane qui tapissait toute la cavité de l'utérus et que l'ovule, en débouchant de la trompe, détachait sur un point, en la refoulant devant lui.

Quelle que soit celle de ces théories qu'on préfère, ce sera toujours à l'absence plus ou moins complète des modifications dont l'utérus est normalement le siége qu'on attribuera l'implantation du placenta sur l'orifice interne du col ou dans son voisinage. En effet, les partisans de l'ancienne théorie l'expliqueront, en disant que la membrane de nouvelle formation étant moins adhérente du côté du col que vers le fond de l'utérus, l'ovule s'est dirigé vers le point où la résistance était moindre. Ceux au contraire qui auront adopté les idées de M. Coste attribueront la chute de l'ovule à la partie inférieure de l'utérus, à l'absence de l'obstacle qui s'y oppose d'ordinaire, c'est-à-dire à l'absence du boursouflement de la muqueuse hypertrophiée.

Mentionnons enfin, avant de terminer ce chapitre, le fait signalé par Ingleby, à savoir, que l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, semble prédisposer les femmes qui l'ont présentée à la reproduction de cette anomalie dans leurs grossesses ultérieures : l'auteur que nous venons de citer l'avait observée trois fois de suite chez une de ses malades et dix fois chez une autre.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous croyons devoir, avant d'entreprendre la description des symptômes, placer ici celle des dispositions anatomiques qui les expliquent. Le peu de détails que l'on trouve dans les auteurs sur ce sujet ne nous permettra pas de longs développements sur les

particularités qu'offrent le placenta, l'utérus et le fœtus, dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col.

Le placenta n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec cet orifice. Nous distinguerons, avec tous les accoucheurs qui se sont occupés de cette question : 1° L'insertion *marginale :* le placenta correspond alors à un des points de la partie inférieure de l'utérus, le plus ordinairement à la face postérieure, et sa circonférence seule s'avance près du bord de l'orifice interne ; 2° l'insertion *partielle* ou incomplète : la circonférence du placenta empiète alors plus ou moins sur l'orifice ; le reste est, comme dans le cas précédent, le plus souvent implanté sur la face postérieure de l'utérus ; c'est du moins ce qui résulte des faits observés par le professeur H.-F. Kilian, de Francfort ; 3° l'insertion *complète*, dans laquelle le placenta recouvre entièrement l'orifice interne du col ; 4° l'insertion *centrale*, qui n'est qu'une variété de la précédente, dont elle se distingue en ce que, dans ce cas, le centre du placenta correspond exactement *ou à peu près exactement* au centre de l'orifice utérin. Nous ajoutons cette restriction, parce que l'existence de la variété dont nous parlons a été formellement niée par le professeur Kilian, qui prétend qu'elle ne se rencontre jamais, tandis qu'elle est admise par Mme Lachapelle, qui l'a observée à plusieurs reprises. Peut-être pourrions-nous expliquer cette divergence d'opinion entre deux observateurs aussi distingués, en disant que le centre de l'orifice utérin et celui du placenta ne se correspondent jamais d'une façon mathématique, mais seulement approximative : cette supposition nous paraît très-vraisemblable ; elle a pour elle l'analogie des faits fournis par l'anatomie et la pathologie, où se rencontrent si exceptionnellement, pour ne rien dire de plus, les formes géométriques, qui servent seulement de terme de comparaison dans la description des organes ou des produits morbides.

Le placenta présente encore à considérer, outre les différents modes d'insertion que nous venons d'énumérer, certaines modifications dans sa forme, son volume et sa consistance. Suivant Bau-

delocque, qui reproduit d'ailleurs en cela l'opinion de Levret, le placenta inséré sur le col est toujours moins volumineux qu'à l'état normal, sans qu'on puisse expliquer cette particularité qu'il présente par l'abondance des hémorrhagies survenues pendant la grossesse et le travail de l'accouchement ; en même temps le placenta est plus épais à sa partie centrale, qui s'élève, en forme de mamelon, du côté de la cavité utérine. Cette forme conique qu'affecte alors le placenta n'a pas été notée seulement par Baudelocque : Mme Lachapelle l'a également signalée comme fréquente. Quant à la consistance du placenta, elle est généralement diminuée, et le professeur Kilian, qui a le premier signalé ce fait, a plusieurs fois trouvé le placenta mou et friable, et les vaisseaux dilatés et variqueux. Enfin une disposition, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir en traitant des symptômes, disposition dont la connaissance est due à M. le professeur Moreau, s'observe dans les cas où l'enfant est mort depuis quelque temps avant l'accouchement : on trouve alors, par suite de l'interruption de la circulation fœtale, du sang coagulé dans les vaisseaux placentaires, dont le calibre est diminué et dont quelques-uns même sont complétement oblitérés.

L'utérus, examiné chez les femmes qui ont succombé, présente des ecchymoses au pourtour de l'orifice interne du col, des sinus veineux d'un calibre considérable, de nombreux orifices larges et béants, lorsque la mort est survenue peu de temps après l'accouchement ; on ne trouve plus au contraire que des sortes de végétations fongueuses, lorsque la malade a survécu plus longtemps. Il est difficile de préciser le degré de fréquence de ces lésions ; elles ne doivent pas être rares, puisque Mme Lachapelle dit les avoir observées vingt fois.

La forme du globe utérin est-elle modifiée par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'organe ? Nous n'oserions ni l'affirmer, ni le nier, en présence des opinions contradictoires émises par les auteurs. G. de La Motte prétend que, dans ces cas, l'utérus n'a plus sa configuration ordinaire : M. Kilian affirme que la saillie

abdominale est toujours beaucoup moins prononcée : Baudelocque, qui soutient l'opinion contraire, dit formellement que, dans aucun cas, les insertions anormales du placenta ne changent ni la configuration de l'utérus, ni par conséquent la forme extérieure du ventre.

Enfin rappelons, en terminant, un fait signalé par Mme Lachapelle, et avant elle par Rœderer, dans ses *Icones uteri humani, observationibus illustratæ;* Gœttingue, 1759. Ce fait est le suivant : les enfants mort-nés, dans le cas d'hémorrhagie abondante, ne sont pas exsangues, comme on serait naturellement porté à le croire : on leur trouve au contraire le cœur et les gros vaisseaux gorgés de sang; aussi Mme Lachapelle disait-elle que ces enfants présentaient tous les caractères d'une asphyxie, qu'elle appelait une asphyxie pléthorique.

SYMPTÔMES.

L'insertion du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus, bien qu'exceptionnelle, n'est pourtant pas tellement rare, que les accoucheurs placés à la tête de services importants, n'aient eu assez souvent l'occasion de l'observer, pour en bien décrire les symptômes. Il est très-difficile néanmoins de se faire, d'après leurs travaux, une idée précise de la fréquence de cette anomalie. Il faudrait, pour établir une statistique un peu rigoureuse, réunir un plus grand nombre de documents que ne l'ont fait la plupart des auteurs, qui dans leurs traités généraux ont à peine consacré quelques lignes à ce sujet : il faudrait, ce qui nous paraît bien plus difficile encore, pouvoir tenir compte des faits méconnus par erreur de diagnostic : il faudrait enfin décider tout d'abord la question de l'influence de l'insertion anormale du placenta sur la production de l'avortement pendant les premiers mois; or, tandis que M. Jacquemier signale cette cause d'avortement comme très-active, la plupart des accoucheurs lui

accordent beaucoup moins d'importance, ou même nient complétement la réalité de son action. Quoi qu'il en soit, voici ce que la lecture des auteurs nous a appris de plus positif sur ce sujet intéressant. Nous ne parlerons que pour mémoire des prétendues épidémies d'insertion du placenta sur le col utérin : le fait que quelques médecins l'ont observée plus fréquemment à certaines époques nous paraît le résultat d'une simple coïncidence et ne suffit pas, il nous le semble du moins, pour admettre des épidémies de ce genre. Rigby, dans 106 cas d'hémorrhagie puerpérale, a trouvé 43 fois le placenta inséré sur l'orifice interne de l'utérus ou dans son voisinage. Burns, sans donner de chiffres précis, formule ainsi son opinion : « Autant que j'ai pu l'observer, l'hémorrhagie utérine est produite le plus souvent par cette cause ; du moins les deux tiers des cas qui réclament la délivrance artificielle procèdent de la présentation du placenta, et, dans la majorité des autres, on le trouvera attaché auprès du col. » Mme Lachapelle va plus loin encore : suivant elle, l'hémorrhagie utérine qui survient dans les trois derniers mois de la grossesse, ne reconnaît pas d'autre cause. Nous pensons qu'il y là une exagération ; et voici les faits sur lesquels nous nous appuyons pour soutenir cette opinion. Les cas d'insertion du placenta sur le col, recueillis par nous dans les auteurs, se répartissent de la manière suivante :

Au dispensaire de Westminster, sur	1,800 accouch.,	4	cas.
F.-H. Ramsbotham	26,676 —	42	—
M. Riecke	219,353 —	300	—
R. Collins	16,654 —	11	—
A la Maternité	20,357 —	11	—

En résumé, sur 284,840 accouchements, 368 fois seulement on a trouvé le placenta inséré sur l'orifice interne du col, ou dans son voisinage c'est-à-dire environ une fois sur 774 accouchements. Si l'on compare ce chiffre avec la proportion des cas d'hémorrhagie graves des trois derniers mois de la grossesse, on restera con-

vaincu que l'opinion de Mme Lachapelle est exagérée : en effet, pour ne citer que les faits de M. Pacoud, nous trouvons 40 cas d'hémorrhagie sur 4,189 accouchements.

Nous avons déjà vu que contrairement à l'opinion de G. de La Motte, la plupart des auteurs, d'accord en cela avec Baudelocque, disent formellement que la configuration de l'utérus, et par suite la forme du ventre, ne présentent rien de particulier, dans les cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Nous n'avons donc à étudier, comme symptômes de cette anomalie, que les renseignements fournis par le toucher vaginal et l'hémorrhagie, qui est alors, dit Gardien, de l'essence même de la grossesse et surtout de l'accouchement. Pour mettre dans cette étude le plus d'ordre qu'il nous sera possible, nous considérerons isolément ces deux ordres de symptômes : 1° pendant les premiers mois, 2° pendant les derniers mois, 3° pendant le travail de l'accouchement. Nous ne nous dissimulons pas qu'en agissant ainsi nous séparons des symptômes qui, bien que différents, s'observent en même temps ; mais, si, par cette séparation artificielle, nous parvenons à rendre notre description moins obscure, cet avantage en compensera, ce nous semble, les inconvénients. Sans doute aussi nous empiéterons sur le chapitre suivant, où il sera question du diagnostic ; mais il nous a paru difficile de faire autrement, sans laisser incomplète la symptomatologie, qui fait l'objet de celui-ci.

1° *Symptômes constatés par le toucher.* Ce n'est pas sans intention que nous avons parlé des symptômes que l'on peut observer dès le milieu de la grossesse, ou même avant, bien qu'ordinairement l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col ne se révèle que dans la dernière moitié de la gestation. C'est qu'en effet, dès le quatrième mois, époque à laquelle le placenta a déjà acquis un certain développement, le doigt, porté dans le vagin, trouve, soit en avant et en arrière du col, dans le cas d'insertion centrale, soit en avant, mais le plus souvent dans le cul-de-sac postérieur, dans les cas d'in-

sertion partielle ou marginale, une tumeur épaisse et charnue : cette tumeur remplit presque complétement la partie supérieure de l'excavation pelvienne. Le doigt constate en outre, dans les cas d'insertion marginale postérieure, une déviation du col en avant; si l'insertion marginale était antérieure, la déviation serait en sens inverse; si enfin elle était surtout latérale, le col serait dirigé du côté opposé. Dans les cas d'insertion centrale, la position du col sera celle qu'on observe ordinairement dans la grossesse, c'est-à-dire qu'il sera dirigé à gauche, le fond de l'utérus étant incliné à droite ; seulement ce caractère sera bien moins prononcé, il pourra même manquer complétement, et alors il y aura parfois latéro-flexion. Ce n'est pas tout : si l'accoucheur cherche à produire le ballottement, il n'y parviendra pas, quelle que soit la position de la femme, si l'insertion est centrale; si elle n'était que marginale et postérieure, il pourrait percevoir le choc en retour du fœtus, en portant le doigt en avant du col, la femme étant debout; il le chercherait au contraire en arrière, en faisant mettre la femme dans la position horizontale, si l'insertion marginale était antérieure; mais, dans tous les cas, la perception du ballottement serait fort obscure.

Jusqu'ici nous avons supposé que le col, encore fermé, ne permettait pas l'introduction du doigt; mais, si l'on admet, avec M. Jacquemier, que l'insertion anormale du placenta soit une cause fréquente d'avortement, on conçoit qu'une fois le col dilaté, le toucher fournirait de nouveaux renseignements, au moins dans l'avortement fœtal. Dans le cas d'avortement embryonnaire, ils seraient peu concluants, au point de vue qui nous occupe : ils seraient évidemment nuls dans un cas d'avortement ovulaire. Nous croyons d'autant moins devoir insister sur les renseignements fournis par le toucher, dans les cas d'avortement dû à l'insertion du placenta sur le col, que beaucoup d'auteurs ont nié l'influence de cette cause, et que d'ailleurs ces renseignements sont sensiblement les mêmes,

dont nous aurons à parler à propos des symptômes constatés à l'aide du toucher, pendant le travail d'un accouchement prématuré ou à terme.

Du sixième au neuvième mois, s'il survient une perte, on constatera la présence de caillots dans le vagin, et, si la femme a déjà eu des enfants, on pourra souvent toucher le placenta, dans les cas d'insertion centrale : si l'insertion n'était que marginale, la chose serait impossible, sans une exploration, que l'accoucheur serait inexcusable de tenter, puisqu'elle aurait probablement pour résultat l'accouchement prématuré. Dans le cas d'insertion centrale au contraire, le doigt rencontre une tumeur charnue, molle et pulpeuse ; mais cette exploration pouvant détacher quelques caillots et augmenter l'hémorrhagie, il vaut mieux s'en abstenir, ou du moins n'en user qu'avec une extrême modération. Au reste, à cette époque, les signes que nous avons indiqués pour le second tiers de la grossesse seront bien plus tranchés, et, même en l'absence d'hémorrhagie, l'insertion du placenta se révélera au doigt par l'épaisseur du col, qui est alors plus mou et plus spongieux qu'à l'ordinaire.

C'est surtout pendant le travail de l'accouchement que le toucher vaginal fournit des renseignements significatifs ; malgré la dilatation du col, le doigt ne peut reconnaître la partie de l'enfant qui se présente, et, si l'insertion est centrale ou même seulement partielle, il rencontre, au lieu de la poche des eaux, la face inférieure du placenta, facilement reconnaissable : un examen superficiel pourrait seul la faire confondre avec un caillot sanguin ; ce dernier ne donnera jamais à un doigt exercé la même sensation que le placenta, sensation dont nous ne pouvons donner une meilleure idée qu'en la comparant, avec Levret, à celle qu'on éprouve en promenant le bout du doigt sur un petit chou-fleur. Si l'insertion n'était que marginale, le doigt sentirait les membranes à peu près comme à l'ordinaire, mais alors, en contournant tout le pourtour de l'orifice (nous supposons la dilatation avancée), il ne tarderait pas à trouver le bord du placenta plus ou moins décollé.

2° *De l'hémorrhagie.* Nous arrivons maintenant au symptôme le plus important de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus : nous voulons parler de l'hémorrhagie, qui doit être étudiée : 1° dans les premiers mois, où elle est très-rare; 2° dans les derniers mois ; 3° pendant le travail. Toutefois nous croyons devoir faire remarquer tout d'abord que, bien que l'insertion anormale du placenta s'accompagne presque toujours d'hémorrhagies plus ou moins fréquentes, il est pourtant des cas où, l'anomalie en question étant parfaitement constatée, l'hémorrhagie fait défaut même pendant la dilatation de l'orifice; seul de tous les auteurs qui ont cité des observations de ce genre, M. Moreau en a donné une explication satisfaisante : suivant ce professeur, ces faits se rapportent tous à des cas où le fœtus avait succombé quelque temps avant sa sortie de l'utérus; on conçoit en effet que la circulation fœtale étant suspendue, la circulation utérine doit être profondément modifiée, une fois que le stimulus qui appelait le sang vers l'utérus a cessé d'exister. Nous avons noté plus haut que, dans ces cas, on trouvait du sang coagulé dans les vaisseaux placentaires, dont le calibre est diminué et dont quelques-uns même sont oblitérés. Nous nous permettrons toutefois de faire une réserve : s'il est vrai que l'absence d'hémorrhagie s'explique parfaitement pas la mort de l'enfant, il ne faudrait pas en conclure que celle-ci a toujours cet heureux résultat : nous trouvons en effet dans l'ouvrage de M. Chailly l'observation d'un cas dans lequel le placenta a continué à se développer plusieurs mois après la mort de l'enfant, et dans lequel aussi il s'est déclaré une hémorrhagie grave au moment de l'accouchement : cela dit, revenons à ce qui a lieu le plus ordinairement aux cas accompagnés d'hémorrhagie.

Pendant les premiers mois de la grossesse, l'hémorrhagie est tellement exceptionnelle, que beaucoup d'auteurs ont nié qu'on l'eût observée en dehors des cas d'avortement. Burns cite cependant une femme chez laquelle elle s'était déclarée pour la première fois dès le troisième mois. Nous n'avons pas ici à décrire l'avortement com-

pliqué d'insertion placentaire anormale ; il n'offre rien de bien particulier, au point de vue de l'écoulement sanguin, si ce n'est l'abondance de celui-ci et par suite sa gravité plus grande ; nous ne saurions davantage nous prononcer sur l'opinion de M. Jacquemier et celle de ses nombreux et savants contradicteurs, qui ne voient, nous l'avons déjà dit, qu'une coïncidence, là ou cet auteur a cru trouver un effet et une cause.

L'hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col ne se déclare ordinairement que dans les derniers mois de la grossesse. L'époque à laquelle elle apparaît pour la première fois est extrêmement variable ; elle se manifeste plutôt quand l'insertion est centrale que quand elle est seulement marginale. Desormeaux l'a observée dès le cinquième mois; mais le plus souvent c'est vers le septième, le huitième, ou même le neuvième mois, qu'elle se montre pour la première fois ; dans quelques cas même elle ne se déclare qu'au moment du travail de l'accouchement. Elle survient en général sans symptômes précurseurs, et sans qu'on puisse rattacher son apparition à l'action d'une cause occasionnelle manifeste. C'est ainsi qu'elle apparaît souvent pendant le repos le plus absolu, ou même pendant le sommeil ; quelquefois cependant elle a pu être attribuée à un effort, un mouvement brusque, un exercice violent, comme l'équitation ou la danse, à l'usage d'une voiture mal suspendue, etc. Mme Lachapelle a noté que dans ces cas l'écoulement sanguin est assez souvent précédé d'une sorte de craquement, perçu par la femme, et d'une sensation de déchirure accusée par elle. La quantité de sang qui s'écoule n'est presque jamais considérable la première fois que la perte se déclare; elle peut n'être que de quelques gouttes ; tantôt le sang sort en jet, tantôt il coule en bavant, mais il est plus vermeil que dans les autres métrorrhagies, et il ne sort jamais de caillots du col utérin, si ce n'est quand la perte dure déjà depuis longtemps, ou lorsquelle est sur le point de s'arrêter (Dewes). L'écoulement sanguin ne tarde pas à se suspendre spontanément, mais il reparaît bientôt après un laps de temps qui varie

entre quelques heures et quelques semaines. Le retour de l'hémorrhagie survient à des intervalles d'autant plus rapprochés et la perte est d'autant plus abondante, qu'on se rapproche davantage du terme de la grossesse. Cette règle n'est pourtant pas sans exceptions; M. Duparcque a vu une hémorrhagie, survenue dès le sixième mois de la grossesse, se suspendre, pour ne reparaître qu'au début du travail.

Pour peu que ces pertes de sang se renouvellent, elles exercent naturellement une influence des plus fâcheuses sur la santé de la femme. Celle-ci ne tarde pas à présenter à un haut degré tous les symptômes de l'anémie : ses forces s'épuisent peu à peu, en proportion du sang qu'elle a perdu : une lassitude générale, la propension au repos et au sommeil, la pâleur des lèvres, la teinte cireuse de la peau, la bouffissure de la face, l'œdème des paupières, des membres inférieurs et des parties génitales, des palpitations, des bruits de souffle au cœur et sur le trajet des gros vaisseaux du cou, tel est en abrégé le tableau des principaux symptômes que l'on observe dans ces cas. Chez plusieurs femmes affaiblies par des hémorrhagies répétées, nous avons encore noté des points névralgiques, très-variés quant à leur siége, des douleurs à l'épigastre et à la partie moyenne du dos, dans les gouttières vertébrales, de l'analgésie de la peau des avant-bras, de la partie antérieure de la poitrine et surtout de l'épigastre, où elle contrastait avec les douleurs spontanées, que la pression exercée sur une large surface, avec la paume de la main, soulageait le plus souvent sans jamais les exaspérer. A la vérité, presque tous ces cas étaient complexes : il existait chez la plupart de ces femmes des antécédents d'hystérie ou de gastralgie, qui ne permettaient guère de faire la part de l'anémie dans la production de ces diverses modifications de la sensibilité.

L'hémorrhagie est presque toujours externe; cependant les auteurs citent des cas où elle semble avoir été interne : « Le col, dit à ce sujet M. Velpeau, est parfois si peu ouvert et tellement élevé, que le sang, en décollant les membranes de l'œuf de la paroi uté-

rine, peut s'accumuler en certaine quantité dans l'intérieur de l'utérus. Ces cas s'observent surtout lors de la première grossesse et quand l'utérus est fortement incliné en avant. » Les réflexions que renferme ce passage sont d'autant plus importantes, que l'existence des hémorrhagies internes, dans le cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, avait été niée par des observateurs du plus grand mérite, parmi lesquels nous citerons M. Naegele et Mme Lachapelle, qui dit formellement : « Je ne puis admettre la possibilité d'une hémorrhagie interne pendant la grossesse et d'une accumulation de sang entre le placenta et l'utérus. » On conçoit facilement que ce sera surtout dans les cas d'insertion marginale qu'on pourra observer l'hémorrhagie interne, les conditions indiquées par M. Velpeau se trouvant d'ailleurs réunies pour la rendre possible. Il nous semble en effet bien difficile qu'une perte de ce genre puisse se produire, dans les cas d'insertion centrale, ou tout au moins qu'elle puisse durer longtemps sans devenir externe.

Pour terminer ce qui a rapport à l'hémorrhagie, survenant pendant les derniers mois de la grossesse, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, il nous reste à parler du mécanisme, suivant lequel elle se produit à cette époque. Deux opinions existent dans la science sur ce point important : l'une, la plus ancienne, compte pour partisans la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet; l'autre a été surtout soutenue par MM. Stolz, Cazeaux et Jacquemier. Du reste, la divergence d'opinion que nous signalons ne porte que sur le mécanisme des hémorrhagies qui surviennent pendant les derniers mois, mais avant les deux dernières semaines de la grossesse; les autres, celles qui se déclarent pendant la seconde moitié du neuvième mois, sont expliquées à peu près de la même manière par tous les auteurs : nous verrons plus loin qu'ils sont également d'accord sur le mécanisme de l'hémorrhagie pendant le travail.

Avant de reproduire les deux opinions en question, nous croyons devoir dire un mot du mécanisme des pertes qui surviennnent, très-rarement il est vrai, dans les premiers mois de la grossesse compliquée de l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col. Dans ces cas, en effet, que l'on ne peut expliquer par les deux théories dont nous allons parler, il faut tenir compte d'une circonstance, qui a été surtout mise en lumière par M. Jacquenier. Cet auteur fait remarquer que la position déclive du placenta favorise la stase du sang dans les vaisseaux, qu'elle prédispose ainsi à une rupture, d'où la production d'une hémorrhagie plus ou moins abondante.

Dans les cas, incomparablement plus fréquents, où l'hémorrhagie ne survient que dans les derniers mois de la grossesse, comment se produit-elle? Jusqu'au sixième mois, disent la plupart des auteurs, l'ampliation de la cavité utérine se fait aux dépens du corps de l'utérus; mais, à partir de cette époque, le col y participe en se raccourcissant, de manière à s'élargir à sa base et s'effacer peu à peu. Si le fait est exact, il doit nécessairement en résulter la dilatation de l'orifice interne, le tiraillement des adhérences du placenta, inséré sur le col, la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires et par suite une hémorrhagie. Mais, disent les partisans de la théorie nouvelle, cette explication, reposant sur un fait erroné, ne saurait être vraie. Jusqu'à la dernière quinzaine de la grossesse, suivant MM. Stolz, Cazeaux et Jacquemier, le col ne diminue pas de longueur et l'orifice interne reste fermé : ce n'est que dans la seconde moitié du neuvième mois que le col se raccourcit rapidement et s'efface. Chez les primipares, il est vrai, il y a, dans les trois derniers mois, un raccourcissement léger du col; mais sa partie supérieure ne s'évase pas, comme on l'a dit, pour concourir à l'ampliation de la cavité utérine, il s'affaise seulement sur lui-même; les deux orifices, toujours fermés, se rapprochent, la cavité du col s'élargit transversalement, et son diamètre vertical diminue en proportion de l'augmentation de ses dimensions transversales. Les auteurs que nous venons de citer en concluent que, bonne pour expliquer les

pertes qui surviennent dans la dernière quinzaine de la grossesse, la théorie précédente ne saurait rendre compte de celles qui se déclarent à une époque moins avancée. A l'explication qu'ils rejettent, ils en ont substitué une autre, plus en harmonie avec les faits, tels qu'ils les avaient observés; elle s'appuie, comme point de départ, sur les deux propositions suivantes : 1° Le développement du placenta est beaucoup plus rapide dans les six premiers mois que dans les trois derniers; 2° l'utérus se développe surtout aux dépens des fibres de sa partie supérieure dans les six premiers mois, et ce n'est que dans les trois derniers que les fibres de la partie inférieure du corps de l'utérus concourent à son développement : ce qui le prouve, c'est que, pyriforme dans les premiers mois, cet organe présente, à la fin de la grossesse, la figure d'un ovoïde régulier. Il résulte de ce développement tardif de la partie inférieure du corps de l'utérus que le placenta, inséré sur le col ou à son pourtour, cessant alors à peu près complétement de s'accroître, ne peut plus suivre l'extension rapide de la paroi à laquelle il adhère : il est donc nécessairement tiraillé de son centre à sa circonférence, les sillons intercotylédonaires s'agrandissent, les lobes placentaires s'écartent : bientôt, le développement du corps de l'utérus continuant, les adhérences du placenta à cet organe sont rompues, ainsi qu'un certain nombre de vaisseaux et l'hémorrhagie est la conséquence naturelle de cette rupture. Dans la dernière quinzaine de la grossesse, l'évasement du col, qui s'efface rapidement, vient rendre presque inévitables et toujours plus abondantes les pertes sanguines : l'action de cette cause est surtout marquée dans les cas d'insertion centrale.

Enfin, alors même que, jusqu'au moment du travail de l'accouchement (qui a lieu généralement un peu avant le terme), la femme aurait été assez heureuse pour ne présenter, à aucune des phases de la gestation, les symptômes que nous venons de décrire; alors même que la grossesse aurait suivi sans accidents la marche régulière, qui lui est ordinaire, et que l'insertion vicieuse du placenta serait restée complétement latente, il est presque impossible que

l'acte de la parturition ne s'annonce pas, dès son début, par une hémorrhagie, qui ne doit cesser qu'avec la délivrance. En effet, à mesure que la dilatation fait des progrès, l'hémorrhagie devient de plus en plus abondante. Elle offre ceci de particulier que le sang sort surtout pendant les contractions utérines et que l'écoulement se ralentit et diminue dans leur intervalle. Dans quelques cas d'insertion marginale ou partielle, l'hémorrhagie, abondante, tant que les membranes ne sont pas rompues, se suspend tout à coup après leur rupture : Baudelocque en cite un exemple, le seul qu'il eût observé sur 30 cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. La cessation de l'hémorrhagie est due à ce que la tête du fœtus, en s'engageant dans l'excavation, exerce alors une compression énergique sur le placenta, dont elle oblitère ainsi les vaisseaux béants. Parfois le placenta, entièrement décollé, est expulsé le premier : l'enfant naît alors coiffé, mais il ne justifie guère dans ces cas le dicton populaire, car, pour peu qu'il tarde à être secouru, il succombe rapidement. Les cas où le placenta sort ainsi au-devant de la tête de l'enfant ne sont pas très-rares : nous avons déjà, au commencement de ce travail, cité la phrase de Guillemeau, où cet auteur fait mention de cette particularité : nous en avons également cité une de Deventer, qui n'est pas moins explicite sur ce sujet : Chapman, Perfect, Merriman, Barlow, Collins, en rapportent chacun une observation; Smellie, de La Motte, Lee, chacun trois, Ramsbotham cinq, et enfin M. Simpson en a réuni 141 observations authentiques. Il résulte des considérations intéressantes, que l'étude de ces observations a suggérées au savant professeur d'Édimbourg, que le décollement complet et l'expulsion prématurée du placenta n'ont que rarement compromis les jours de la mère, tandis qu'ils ont été presque toujours mortels pour le fœtus. Enfin, au lieu de chasser le placenta devant elle, on a vu parfois, dans les cas d'insertion centrale, la tête de l'enfant le perforer et se frayer ainsi un passage : Portal et M. White rapportent chacun une observation dans laquelle l'accouchement se termina de cette manière.

La marche du travail est presque toujours, dans les cas d'insertion anormale du placenta, modifiée défavorablement ; par suite de la faiblesse de la femme, l'accouchement se fait avec une lenteur désespérante ; les contractions utérines sont courtes et peu énergiques, et ne se succèdent qu'à des intervalles souvent assez longs. La période d'expulsion se prolongerait indéfiniment, si l'art ne se hâtait d'intervenir dans ces cas. La femme, épuisée par l'hémorrhagie, est parfois prise de frissons, sa figure pâlit et se couvre d'une sueur froide ; le pouls devient faible ou même filiforme ; l'accouchée se plaint d'éblouissements, d'affaiblissement de la vue ; elle tombe en syncope ; quelquefois elle est prise de mouvements convulsifs, et trop souvent elle succombe, malgré les soins éclairés et persévérants dont elle est entourée.

DIAGNOSTIC.

Nous avons déjà dit comment, dès le milieu de la grossesse, en l'absence d'hémorrhagie, le médecin pouvait, par le toucher, reconnaître l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col ou dans son voisinage : nous n'y reviendrons pas dans ce chapitre, où nous nous bornerons à essayer d'établir le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie due à cette insertion anormale et de celles qui peuvent survenir pendant la grossesse ou au moment du travail de l'accouchement. Ce diagnostic, on y arrive de deux manières : 1° en constatant les caractères particuliers que présente l'hémorrhagie dans le cas qui nous occupe; 2° en s'aidant des renseignements fournis par le toucher et sur lesquels nous avons insisté dans le chapitre précédent.

C'est presque une naïveté de dire qu'avant de songer à rechercher s'il y a ou non insertion du placenta sur le col, on devra s'assurer que la femme est réellement enceinte; mais il y a dans la science assez d'exemples d'erreurs sur ce point, pour que cette précaution ne soit pas aussi inutile qu'elle peut le paraître au premier

abord. Nous n'avons pas ici à exposer le diagnostic de la grossesse : nous la supposons bien et dûment constatée par le médecin, qui alors, en présence d'une hémorrhagie survenue avant le terme de la gestation, aura à se demander s'il ne s'agit pas : 1° d'une persistance de l'écoulement menstruel ; 2° d'une métrorrhagie pléthorique ou accidentelle ; 3° d'un avortement. Si au contraire la grossesse est arrivée à son terme et le travail commencé depuis un temps plus ou moins long, il ne pourrait, ce nous semble, confondre l'hémorrhagie due à l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col qu'avec : 1° l'hémorrhagie qui accompagne normalement le travail ; 2° une rupture du cordon ombilical ; 3° une rupture de l'utérus ; 4° une hémorrhagie traumatique, résultant d'une lésion de l'utérus ou du vagin par des manœuvres maladroites ; 5° un décollement prématuré du placenta, normalement inséré d'ailleurs, c'est-à-dire inséré à la partie supérieure de l'utérus.

Persistance des règles. Sans doute, comme l'a fait remarquer M. le professeur Moreau, on ne doit pas accepter, comme des exemples de persistance des règles, chez des femmes enceintes, toutes les observations publiées sous ce titre ; dans beaucoup de cas, en effet, l'irrégularité des époques auxquelles apparaissent l'écoulement sanguin, la quantité de sang perdu à chaque fois, les caractères physiques de ce liquide, permettent d'affirmer qu'il y avait là autre chose qu'un simple retour des règles. Cependant les faits cités par Haller, Mauriceau, Deventer, Baudelocque, Chambon, Desormeaux, les observations que M. Cazeaux a consignées dans sa thèse, nous font un devoir de signaler cette anomalie, à propos du diagnostic des divers écoulements sanguins qui peuvent survenir pendant la grossesse. L'époque de l'apparition des règles, leur retour périodique, leur durée à chaque retour, le soulagement qui en résulte pour la femme, tels sont les éléments positifs du diagnostic différentiel. Comme élément négatif de son diagnostic, le médecin notera l'ab-

sence des signes constatés par le toucher, dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, ou à son pourtour.

Métrorrhagie pléthorique. On l'observe quelquefois chez les femmes d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, dont les règles étaient habituellement très-abondantes, et qui, pour le dire en passant, sont-très exposées à l'avortement. On reconnaîtra ce genre d'hémorrhagie aux symptômes de la pléthore, aux douleurs sourdes, au sentiment de pesanteur vers les lombes et l'hypogastre, qui précèdent généralement l'écoulement sanguin, au soulagement et au bien-être qui lui succèdent. Dans la majorité des cas, l'hémorrhagie, une fois suspendue, n'aura pas de tendance à se reproduire, et enfin le toucher ne donnera que des renseignements négatifs.

Métrorrhagie accidentelle. Le diagnostic sera facilité dans ce cas par les commémoratifs, c'est-à-dire par le souvenir de l'action récente d'une des nombreuses causes qui peuvent produire la métrorrhagie. L'écoulement sanguin ne présentera d'ailleurs aucun des caractères particuliers à celui dont nous voulons le distinguer, caractères sur lesquels nous avons assez insisté plus haut pour qu'il nous soit permis de ne pas les énumérer de nouveau à propos de chaque diagnostic différentiel.

Avortement. Nous avons vu que pour Gardien et M. Jacquemier, l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col est une cause fréquente d'avortement pendant les premiers mois de la grossesse. Quoi qu'il en soit, on reconnaîtra qu'il s'agit d'un avortement ordinaire, en constatant par le toucher l'absence de toute tumeur dans l'excavation, de toute déviation anormale du col, et la facilité du ballottement. On observera d'ailleurs, comme symptômes précurseurs de l'hémorrhagie, les frissons, les vomissements, l'affaissement subit des seins, les douleurs lombaires etc. : souvent le diagnostic sera

éclairé par le souvenir d'une cause occasionnelle appréciable. Plus tard, si l'on n'est pas parvenu à enrayer les accidents, les douleurs utérines, la dilatation du col, permettant de toucher les membranes et non le placenta, et enfin l'expulsion du produit de la conception, viendront dissiper tous les doutes de l'accoucheur, s'il pouvait lui en rester encore à ce moment sur la nature des accidents qu'il observe.

Hémorrhagie normale. L'accouchement s'accompagne, il est vrai, en l'absence de toute complication, d'une hémorrhagie, qui paraît inséparable de l'acte de la parturition, dont elle est la conséquence inévitable et nécessaire, au moins dans l'immense majorité des cas. Mais, lorsque le placenta est inséré sur l'orifice interne du col ou dans son voisinage, cette hémorrhagie se déclare dès le début du travail, pendant la période de dilatation; elle va toujours en augmentant, à mesure que la dilatation fait des progrès; l'écoulement sanguin diminue dans l'intervalle des douleurs et augmente au contraire pendant les contractions. Enfin le toucher viendra compléter le diagnostic par les renseignements positifs qu'il fournit à l'accoucheur.

Rupture du cordon. Nous aurions passé sous silence cet accident, à cause de sa rareté, si de La Motte, Levret, Baudelocque, Naegle, Benkiser, MM. Velpeau et Deneux, n'en avaient rapporté plusieurs exemples. Dans ces cas, l'hémorrhagie ne devient externe qu'après la rupture des membranes; le sang, en partie liquide, en partie coagulé, s'écoule avec les eaux de l'amnios; l'écoulement n'est pas modifié par les contractions utérines, et le toucher ne donne que des renseignements négatifs.

Rupture de l'utérus. Nous ne citons cet accident que pour mémoire, non pas qu'il soit aussi rare que le précédent, mais parce qu'il nous semble presque impossible de le confondre avec aucun autre. Les circonstances dans lesquelles il s'est produit la suspen-

sion brusque du travail, l'état effrayant de la femme, les déplacements du fœtus, une hémorrhagie, qui n'augmente pas pendant les contractions, pour diminuer dans leur intervalle, puisque ces contractions se sont suspendues, voilà plus de caractère, qu'il n'en faut pour différencier ce redoutable accident de la perte due à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. On pourra d'ailleurs compléter le diagnostic en pratiquant le toucher.

Hémorrhagie traumatique. Elles reconnaissent pour causes des manœuvres maladroites, des lésions produites par le forceps, le céphalotribe, les crochets, des déchirures du col par la tête de l'enfant, etc. ; le commémoratif, et parfois le siége de l'écoulement sanguin, rendront le diagnostic facile dans les cas de ce genre.

Décollement prématuré du placenta. Si le placenta inséré à la partie supérieure de l'utérus n'est que partiellement décollé, il est évident que le toucher permettra d'établir le diagnostic ; si au contraire le placenta, entièrement décollé, était tombé sur le col, on pourrait croire à un cas d'insertion placentaire centrale, partielle ou marginale ; nous avons vu que les anciens accoucheurs, abordant l'étude des faits observés par eux, avec des idées préconçues et systématiques, avaient pendant longtemps commis une erreur de diagnostic toute opposée. L'hémorrhagie a sensiblement les mêmes caractères dans les deux cas, ce qui augmente la difficulté. Au reste, la précision du diagnostic est ici peu importante, puisqu'elle ne modifierait en rien la conduite de l'accoucheur, qui doit être la même, que le placenta soit décollé et tombé sur l'orifice ou qu'il soit inséré sur lui.

Il nous reste, en terminant ce chapitre, à dire un mot du toucher, considéré comme moyen de diagnostic des insertions anormales du placenta. S'il est permis à l'accoucheur d'y avoir recours toutes les fois que le travail est commencé et la grossesse arrivée à son terme,

nous croyons que tout médecin prudent n'en usera qu'avec une extrême réserve et même s'en abstiendra souvent, pour peu qu'il soupçonne une insertion vicieuse du placenta. En effet, pratiqué sans ménagement, pour le stérile avantage de préciser un peu plus un diagnostic incomplet, le toucher pourrait rappeler une hémorrhagie suspendue, provoquer un avortement, ou tout au moins un accouchement prématuré, et compromettre ainsi l'existence de la femme et surtout celle de son enfant.

PRONOSTIC.

De toutes les hémorrhagies puerpérales, la plus grave pour la mère et pour le fœtus est celle qui reconnaît pour cause l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col : parmi les différentes variétés de cette insertion, la plus fâcheuse est l'insertion centrale. La gravité du pronostic sera naturellement moins grande, si la femme a auprès d'elle un homme instruit, prompt à agir par tous les moyens que l'art met à sa disposition. Le temps n'est plus où l'intervention des médecins dans la pratique des accouchements était considérée comme inutile et comme inconvenante et où, sous le pseudonyme de Trévoux, Philippe Hecquet consacrait à la défense de cette opinion un volumineux mémoire, longuement réfuté par G. de La Motte. Les diatribes de Roussel sont à peu près oubliées, et le dernier ouvrage d'un de nos historiens les plus connus ne paraît pas, malgré son succès, devoir diminuer beaucoup la clientèle des accoucheurs contemporains. De toutes les complications qui rendent nécessaire la présence d'un homme de l'art, il n'en est pas une peut-être qui la réclame plus impérieusement que celle qui fait l'objet de ce travail ; les autres laissent le plus souvent le temps d'attendre les secours qu'il est seul capable de bien donner, les opérations qu'il a seul le droit de pratiquer : là, au contraire, un moment d'hésitation ou d'erreur peut coûter la vie à l'enfant et compromettre gravement celle de la mère.

Après avoir signalé d'une manière générale la gravité du pronostic, il nous reste à l'étudier, au double point de vue de la mère et de l'enfant : 1° pendant la grossesse ; 2° au moment de l'accouchement. Pendant la grossesse, l'hémorrhagie est plus grave pour le fœtus que pour la mère, à moins qu'en se répétant à de courts intervalles, elle n'épuise considérablement cette dernière. Elle est plus grave pour le fœtus, parce qu'elle provoque souvent l'avortement, ou du moins l'accouchement, à une époque où l'enfant est à peine viable. L'accouchement prématuré est inévitable, suivant Mme Lachapelle, dans les cas d'insertion centrale. Alors même que l'enfant n'est pas expulsé de l'utérus, avant le terme ordinaire de la gestation, il peut succomber par suite des troubles survenus dans la circulation utéro-placentaire : les statistiques dressées par plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons Mme Lachapelle et M. Simpson, sont la preuve tristement concluante du fait que nous avançons ici.

Au moment du travail de l'accouchement, dans les cas où la grossesse est arrivée à peu près à son terme, le pronostic est encore très-grave pour l'enfant, mais il le devient bien davantage pour la mère. On a remarqué que l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col se complique assez souvent de présentation du tronc : sur 90 cas de ce genre, il y a eu 21 présentations de l'épaule. Nous ne prétendons pas expliquer cette fâcheuse coïncidence, mais nous ferons seulement remarquer qu'elle était autrefois regardée comme une circonstance des plus heureuses. Comme preuve de cette assertion, nous pouvons citer le passage suivant de G. de La Motte : « Si elle (l'hémorrhagie) est violente et que le travail soit long et lent, par quelque cause que ce soit et *que l'enfant soit bien placé et avancé au passage,* ce sont des extrémités très-dangereuses par le risque où se trouvent la mère et l'enfant ; mais, *si au contraire l'enfant se présente mal,* l'accouchement sera pour lors facile à terminer, etc. » Ce passage nous a paru curieux, parce qu'il montre la valeur des services que peut rendre le forceps. En effet, G. de La Motte, exerçant à une époque où cet instrument n'était encore connu que de

H. Chamberlayne, son inventeur, était réduit à considérer une mauvaise présentation de l'enfant comme une circonstance favorable, puisqu'elle lui permettait de pratiquer la version. Au contraire, l'engagement de la tête au détroit supérieur, facile dans les présentations du vertex, rendait la version impossible : l'enfant se trouvait alors, pour peu que le travail se prolongeât, exposé à tous les dangers d'une asphyxie promptement mortelle. Ce qui nous autorise à penser que tel est le véritable sens de ce passage, c'est que l'auteur ajoute plus loin, en parlant de l'extraction de l'enfant au moyen de la version : « C'est la voie que j'ai toujours tenue pour éviter les suites funestes que ce désolant accident fait appréhender. »

Ce que nous avons dit ailleurs du décollement complet du placenta, souvent chassé au-devant de l'enfant, ou parfois perforé par lui, dans les cas d'insertion centrale, la suspension de l'hémorrhagie qui résulte, dans quelques cas d'insertion marginale, de la compression exercée par la partie qui s'engage, nous permettent d'affirmer que l'insertion centrale est celle dont le pronostic est le plus grave pour l'enfant. Elle l'est d'autant plus qu'elle rend plus difficile l'extraction de ce dernier et nécessite parfois l'emploi de la méthode de M. Simpson, dont nous parlerons à l'occasion du traitement.

Le pronostic est aussi très-grave pour la femme : cette gravité nous paraît résulter pour elle de la nécessité de l'intervention de l'art et surtout de l'abondance de l'hémorrhagie. Il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, d'indiquer d'une manière précise la quantité de sang qu'elle peut perdre, sans que la vie soit en danger. Cette quantité varie nécessairement avec son état antérieur, sa constitution, son âge, etc. C'est d'ailleurs un fait trop connu que la différence qui existe entre les femmes, sous le rapport de la facilité avec laquelle elles supportent les pertes de sang en général, pour que nous ayons besoin d'insister sur ce point. Osiander affirme que la perte rapide de 5 livres de sang entraîne presque infailliblement la mort. Baudelocque évalue la quantité de sang perdue par

une de ses malades, pendant son accouchement, «à ce que pouvait en contenir la forme de deux chapeaux ordinaires. » Quelle que fût, du temps de Baudelocque, la mode en fait de chapeaux, cette évaluation approximative ne permet pas de douter que l'hémorrhagie n'eût été abondante, et pourtant la femme se rétablit assez promptement. L'énergie des contractions utérines, la bonne conformation du bassin, le petit volume de l'enfant, sont autant de circonstances qui, en rendant l'accouchement plus facile et plus prompt, diminuent nécessairement la gravité du pronostic.

Rappelons, en terminant, que la femme qui aura heureusement échappé aux dangers de l'hémorrhagie restera longtemps faible et anémique, que par conséquent le pronostic des phénomènes consécutifs à l'accouchement est modifié défavorablement dans ces cas. Rappelons enfin que certains auteurs ont cru voir dans l'insertion du placenta sur le col une cause prédisposante de maladies utérines survenant après un temps plus ou moins long. Quelle que soit la valeur de cette assertion, à laquelle des faits nombreux et bien observés pourraient seul enlever son caractère hypothétique, nous avons cru devoir la mentionner à propos du pronostic.

TRAITEMENT.

Le traitement des insertions anormales du placenta est purement palliatif: leur étiologie est trop obscure pour fournir aucune indication prophylactique; et quant à un traitement curatif, qui ferait disparaître la cause des accidents qui résultent de l'anomalie en question, ou du moins s'opposerait d'une façon absolue à leur manifestation, un pareil traitement sera toujours impossible. Il résulte de là que le rôle du médecin se borne : 1° à employer (dès qu'il a pu diagnostiquer l'insertion du placenta sur le col) tous les moyens propres à retarder le plus possible l'apparition de l'hémorrhagie ; 2° à la combattre, lorsqu'elle s'est enfin déclarée, et à s'efforcer d'amener la grossesse le plus près possible de son terme normal ;

3° à remplir pendant l'accouchement certaines indications spéciales ; 4° à donner à l'accouchée et à l'enfant tous les soins consécutifs que leur état réclame. Cette division du traitement est indiquée par la marche même des symptômes, à laquelle elle correspond ; elle nous permettrait une exposition méthodique des nombreux moyens thérapeutiques conseillés par les auteurs, si nous avions pour la faire, ce qui nous manque, un peu d'érudition et l'expérience, qu'une longue pratique peut seule donner.

Prophylaxie de l'hémorrhagie. Le médecin qui aura été assez heureux pour diagnostiquer de bonne heure l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, devra interdire à la femme tout ce qui pourrait devenir pour elle la cause déterminante d'une hémorrhagie. Il se gardera bien néanmoins de lui faire partager ses inquiétudes, dans un moment où le calme de l'esprit ne lui est pas moins nécessaire que le repos du corps. Sans lui révéler le danger qui la menace, il pourra facilement tout obtenir d'elle, en faisant appel aux sentiments que lui inspire son enfant, qu'elle aime déjà tant avant de le connaître. S'il est sûr de la discrétion des personnes qui l'entourent, il leur fera comprendre combien et pourquoi il est important qu'ils deviennent ses complices, et joignent leur influence à la sienne pour obtenir que la femme se soumette à des prescriptions, qui sans cela leur sembleraient peut être les mesures d'une prudence exagérée et superflue. La femme, à laquelle on aura soin d'éviter toute émotion vive, agréable ou pénible, gardera un repos complet, et autant que possible une position inclinée sur une chaise longue : il ne faudrait pas, pour rendre ce repos plus complet, la condamner à rester au lit ; ses forces, dont elle aura tant besoin plus tard, s'épuiseraient rapidement, et d'ailleurs elle ne manquerait pas alors de s'inquiéter sur son état. Il va sans dire qu'elle évitera soigneusement tout exercice violent, tout effort, tout mouvement brusque, la danse, l'équitation, les courses rapides ou longues, etc. Son régime sera l'objet d'une surveillance attentive : les aliments

échauffants, les boissons excitantes, seront rigoureusement proscrits. Si, par une perversion du goût, qui n'est pas rare dans la grossesse, la femme veut introduire dans son alimentation des substances non alibiles, malsaines, ou même simplement indigestes, on s'opposera, plus encore qu'on ne le fait d'ordinaire, à ses désirs. Ce qui n'est pas moins important dans la prophylaxie de l'hémorrhagie par insertion du placenta sur le col, ce qui même l'est bien d'avantage, c'est d'interdire les rapports conjugaux, dès le début de la grossesse. Nous irons même plus loin : les faits cités par Ingleby établissant que l'anomalie qui nous occupe tend à se reproduire dans les grossesses ultérieures, il serait à désirer que la femme, après avoir heureusement échappé aux dangers qui la menaçaient, ne fût plus exposée à devenir de nouveau enceinte. Sans doute c'est avant tout l'intérêt de la mère et de l'enfant qui doit porter l'accoucheur à recommander toutes ces précautions ; mais de plus il se doit à lui-même de mettre sa responsabilité à couvert, en prévenant ses clients, qui sans cela ne manqueraient pas de les lui reprocher, des conséquences que pourrait avoir une imprudence de leur part. Si ses avis sont méconnus par la passion, ou par suite d'un odieux calcul (dont les annales judiciaires ne nous offrent que de trop nombreux exemples), on ne saurait lui en imputer le blâme, puisqu'il a fait tout ce qui était à son pouvoir pour prévenir les accidents qu'il redoutait.

Disons, en terminant ce qui a rapport à la partie prophylactique du traitement, que si la femme est pléthorique, on pratiquera une saignée du bras, en proscrivant toute application de sangsues aux membres inférieurs. Quelles que soient les maladies qui surviennent pendant la grossesse, on se gardera bien de prescrire des drastiques, et enfin, pour peu qu'il existe de la toux ou des vomissements, on devra combattre avec soin ces deux symptômes. Pendant tout le cours de la grossesse, on entretiendra la liberté du ventre, soit au moyen des laxatifs les plus doux, soit et mieux encore au moyen de la belladone à petite dose.

Traitement de l'hémorrhagie pendant la grossesse. La conduite du médecin, appelé à combattre une hémorrhagie, due à l'insertion vicieuse du placenta, nous semble devoir varier suivant deux circonstances principales : 1° l'époque à laquelle apparaît l'écoulement sanguin ; 2° son degré de gravité. En effet la crainte de compromettre la vie de l'enfant empêchera l'accoucheur d'employer dans les premiers mois les moyens auxquels il aura recours avec succès dans les derniers ; d'un autre côté, pour arracher la mère aux dangers d'une hémorrhagie grave, il sera forcé parfois de sacrifier les intérêts de l'enfant, conduite qui serait inexcusable dans un cas d'hémorrhagie peu abondante.

Si la perte survient pendant les premiers mois de la grossesse et qu'elle soit légère, le traitement sera celui de l'avortement commençant. En effet, en supposant même que l'accoucheur ne partage pas les idées de Gardien et de M. Jacquemier sur la fréquence des avortements déterminés par l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, l'apparition insolite de l'hémorrhagie à cette époque lui fera naturellement craindre une fausse couche. Pour prévenir ce fâcheux accident, il fera garder à la femme la position horizontale sur un lit un peu dur, où les matelas de crin remplaceront avec avantage la laine et surtout la plume : un repos absolu sera prescrit à la malade : sa chambre sera tenue dans une demi-obscurité et à une température peu élevée; l'air y sera fréquemment renouvelé : on éloignera toutes les personnes inutiles, en recommandant à celles qui restent auprès de la malade, pour lui donner des soins, de le faire en silence et sans bruit. On rassurera la femme sur son état ; nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance de cette partie du traitement, et il suffit d'avoir vu des femmes atteintes d'hémorrhagie, pour savoir combien il est souvent difficile de dissiper les inquiétudes que cet accident leur inspire : il ne faut rien moins que la confiance qu'elles ont dans leur accoucheur, pour leur rendre le calme, qui leur est si nécessaire. La femme sera tenue à la diète ; elle prendra seulement des boissons acidules faiches. On pratiquera, s'il

y a lieu, le cathéterisme, et, si la malade est constipée, on prescrira des lavements simples ou légèrement laxatifs, pour éviter qu'elle se livre à des efforts en allant à la garde-robe. A ces moyens, on joindra avec avantage, dans beaucoup de cas, la saignée du bras et les applications froides sur l'hypogastre, sans pourtant trop insister sur ce dernier moyen, qui pourrait avoir des inconvénients, si son emploi était prolongé. On appliquera un sinapisme entre les épaules; si l'hémorrhagie continue, on administrera les opiacés, dans le but de faire cesser les contractions utérines. Le mode d'administration le plus généralement suivi consiste à donner 20 gouttes de laudanum de Sydenham dans un quart de lavement : cette dose peut être répétée plusieurs fois sans inconvénient, en laissant toutefois une heure d'intervalle entre chaque lavement opiacé. Si enfin on ne peut parvenir à enrayer ainsi les accidents, si l'avortement est inévitable, on aura recours au tamponnement du vagin et même à l'administration du seigle ergoté, à la dose de 2 gram., en trois prises, à dix minutes d'intervalle. Sans doute ces moyens favoriseront et hâteront l'expulsion du produit de la conception; le médecin sera néanmoins autorisé à les employer, quand l'hémorrhagie sera assez abondante pour compromettre les jours de la mère, qui doit, en pareil cas, être préférée à son enfant, puisque d'ailleurs on ne peut plus guère espérer voir la grossesse arriver à son terme, et que de plus on a cité des cas où l'application du tampon a arrêté l'hémorrhagie, sans être suivie de l'expulsion de l'œuf.

Si, comme cela a lieu le plus ordinairement, l'hémorrhagie survient pendant les derniers mois de la gestation, la conduite du médecin variera encore, suivant que cette hémorrhagie sera légère ou grave. Dans le premier cas, il fera tout ce qui est en son pouvoir pour arrêter l'écoulement sanguin, sans provoquer ou favoriser un accouchement prématuré : il agira donc comme dans un cas d'hémorrhagie légère des premiers mois. Il aura recours à la position horizontale sur un lit un peu dur, aux boissons froides, aux opiacés, au

sinapisme appliqué entre les épaules, etc. etc. Si au contraire l'hémorrhagie est grave et ces moyens insuffisants pour l'arrêter, si en même temps la non-dilatation de l'orifice ne lui permet que le tamponnement du vagin ou l'accouchement forcé, il lui faudra bien, dans l'intérêt de la mère, avoir recours au tampon, malgré les inconvénients qu'il présente. Sans doute ces inconvénients ont été exagérés, mais ils n'en sont pas moins réels. Il n'y a guère à craindre, dans le cas qui nous occupe, de voir, sous l'influence du tampon, l'hémorrhagie devenir interne : Mme Lachapelle (qui avait une prédilection si marquée pour l'emploi du tampon) a démontré que cette crainte était mal fondée ; son opinion à cet égard est aussi celle de MM. Naegele et Velpeau. On a reproché au tampon d'être parfois difficilement supporté : cette objection paraîtra de peu de valeur à ceux qui seront persuadés des avantages de ce moyen ; d'ailleurs cet inconvénient s'observe surtout quand on pratique le tamponnement avec des linges ou de la charpie imbibés de vinaigre : quand au contraire on se sert d'une grosse éponge fine, on parvient presque toujours à la faire supporter. Un reproche bien plus grave, ce nous semble, a été adressé au tampon. On sait en effet que sa présence dans le vagin excite les contractions utérines, à tel point que M. Schœller, de Berlin, a proposé le tampon, comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré artificiel : on peut donc craindre, quand l'enfant est vivant, mais non encore bien viable, d'interrompre prématurément le cours de la grossesse. Ce fâcheux résultat n'est pas cependant la conséquence nécessaire de l'application du tampon : Mme Lachapelle cite le Dr Cok, comme ayant arrêté au moyen du tampon une hémorrhagie survenue au septième mois : dans ce cas, la grossesse n'en continua pas moins sa marche jusqu'à son terme naturel. D'ailleurs, en admettant même que le tampon dût déterminer fatalement l'expulsion prématurée du fœtus, il faut se rappeler que l'abondance de l'hémorrhagie, qui compromet les jours de la mère, est presque incompatible avec la vie de l'enfant

Enfin, dans les cas rares où le tamponnement du vagin ne serait

pas possible, dans ceux où l'abondance extrême de l'hémorrhagie exigerait une déplétion rapide de l'utérus, on aurait recours à l'accouchement forcé; mais le tampon, étant un moyen plus doux, moins dangereux, sera préféré dans la grande majorité des cas. Au reste, l'accouchement forcé, facilité par l'état du col dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice, se pratiquerait comme à l'ordinaire. Nous pensons que ce serait la version qu'on aurait le plus souvent à tenter dans ces cas; l'application du forceps suppose l'engagement de la tête, circonstance qui coïncide rarement avec une hémorrhagie abondante, puisque le placenta est comprimé par la partie qui s'engage. Nous renvoyons au paragraphe suivant ce qui a trait à la dilatation artificielle du col, à la rupture des membranes, etc.

Indications à remplir pendant le travail de l'accouchement. Ces indications varient suivant que l'orifice est ou n'est pas dilaté. Dans ce dernier cas, après avoir placé la femme dans les meilleures conditions possibles, en employant tous les moyens dont nous avons parlé à propos de l'avortement, à l'exception toutefois de la saignée et des opiacés, on appliquera le tampon : il sera surtout utile dans les cas d'insertion centrale. Mauriceau, de La Motte, Puzos, préféraient terminer l'accouchement en allant accélérer mécaniquement la dilatation du col et en se hâtant, dès qu'ils pouvaient introduire la main dans l'utérus, d'opérer la version et immédiatement après l'extraction de l'enfant. « Il ne faut pas attendre que ce soit la nature qui opère, dit Dionis; c'est à la main de l'accoucheur à faire tout l'ouvrage. » Deventer est du même avis : « C'est de la main, dit-il, qu'une femme en cet état doit attendre du secours; il la faut accoucher promptement et sans attendre. » Ces auteurs paraissent avoir méconnu les avantages du tampon. Cependant, en présence de la difficulté et des dangers de l'accouchement forcé, les accoucheurs modernes préfèrent, dans l'intérêt de la mère, attendre, pour pratiquer la version, que l'orifice soit dilaté ou du moins facilement dilatable : ils reconnaissent au tampon, quand le travail n'est pas

encore avancé, l'avantage d'arrêter l'hémorrhagie, en provoquant en même temps des contractions plus énergiques. Telle est la conduite généralement suivie à cette période du travail ; mais on conçoit qu'il est des cas où une intervention plus active est nécessaire. Les syncopes, les convulsions, et en général toute complication qui constitue un danger imminent pour la mère et pour l'enfant, deviennent une indication de renoncer à l'emploi du tampon et de terminer l'accouchement. On porte alors un doigt, puis deux, puis trois, dans l'orifice, qu'on cherche à dilater mécaniquement, en agissant avec toute la prudence et toute la lenteur qui permet la nécessité d'arriver promptement à introduire la main dans l'utérus, pour pratiquer la version.

Deventer, ayant observé que quelquefois l'hémorrhagie se suspend après l'écoulement des eaux, conseille d'opérer la rupture des membranes. Baudelocque prétendait au contraire que cette opération ne pouvait être d'aucune utilité. Le fait est que l'hémorrhagie, suspendue un instant après l'écoulement du liquide amniotique, ne tarde pas à reparaître et devient de plus en plus abondante, à mesure que la dilatation fait des progrès : les choses se passent ainsi, surtout dans les cas d'insertion centrale ou partielle. Dans certains cas d'insertion marginale, M. Dubois a vu l'hémorrhagie se suspendre, par suite de la compression exercée sur le placenta par la tête du fœtus, après l'écoulement des eaux. Ce professeur en conclut que si le tampon est préférable dans les cas d'insertion centrale, on doit avoir recours à la rupture des membranes, quand l'insertion est marginale. On conçoit que cette opération ne saurait arrêter l'hémorrhagie, lorsque (comme cela arrive assez souvent) l'implantation vicieuse du placenta se complique de présentation du tronc, et que, d'un autre côté, si l'on est obligé plus tard de pratiquer la version, les manœuvres seront bien moins faciles que si les membranes n'avaient pas été rompues. Enfin l'écoulement des eaux et le retrait de l'utérus, qui le suit, exposent l'enfant à de nouveaux dangers, pour peu que le travail se prolonge outre mesure.

Quand l'orifice est dilaté et que la main peut pénétrer dans l'utérus, on pratique la version : nous n'avons pas l'intention de décrire cette opération ; mais, comme l'implantation du placenta sur l'orifice interne en modifie le premier temps, nous dirons un mot des trois procédés qui ont été proposés pour rompre les membranes et pénétrer dans leur cavité. Guillemeau et Levret perçaient directement le placenta, dans les cas d'insertion centrale ou même partielle ; malgré les efforts de quelques accoucheurs modernes pour remettre cette pratique en honneur, elle est justement abandonnée aujourd'hui, à cause de ses nombreux inconvénients. En déchirant les vaisseaux placentaires, on augmentait nécessairement l'hémorrhagie ; on s'exposait même, comme le fait remarquer de La Motte, à déchirer les vaisseaux du cordon et à séparer celui-ci du placenta : enfin l'enfant étant obligé, pour sortir de l'utérus, de passer à travers l'ouverture pratiquée au centre du placenta, celui-ci augmentait d'autant le volume de la partie qui s'engageait et rendait ainsi plus laborieuse l'expulsion spontanée ou l'extraction artificielle du fœtus. Un autre procédé, qui a été surtout vanté par M. Simpson, avait déjà été proposé par les auteurs anciens ; Deventer lui-même conseillait de l'employer, quand on ne pouvait refouler le placenta dans l'utérus : il consiste à décoller complétement le placenta et à l'extraire avant l'enfant. M. Simpson, après avoir essayé de faire adopter ce procédé pour tous les cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, a fini par en restreindre l'emploi aux cas où l'hémorrhagie a résisté à tous les moyens employés contre elle et en particulier à l'évacuation des eaux, à ceux où une complication rend la version dangereuse ou impossible, à ceux enfin dans lesquels le fœtus est mort ou n'est pas viable. Le procédé de M. Simpson est généralement rejeté par les accoucheurs français, dans tous les cas où l'enfant est vivant et viable : ils lui préfèrent l'application du tampon, quand la version est impossible, et dans le cas contraire, l'extraction de l'enfant par le procédé qui consiste à décoller latéralement le placenta, pour aller rompre les membranes, pénétrer

dans leur cavité, saisir les pieds de l'enfant et l'amener immédiatement au dehors. Suivant Mme Lachapelle, la version ne devrait presque jamais être suivie de l'extraction immédiate de l'enfant, parce que son corps, engagé dans l'excavation, suspend l'hémorrhagie en faisant l'office de tampon. Nous pensons au contraire que l'espoir d'obtenir la cessation momentanée de l'hémorrhagie n'est pas une raison suffisante pour faire courir à l'enfant les dangers d'une asphyxie par interruption de la circulation, et qu'en conséquence, contrairement à ce qui se pratique souvent dans la version ordinaire, l'accoucheur doit procéder immédiatement à l'extraction de l'enfant, à moins qu'il ne soit certain de la mort de ce dernier. Il nous paraît en effet irrationnel d'assimiler la version, pratiquée dans le cas d'insertion normale du placenta non décollé, à cette même opération nécessitée par l'hémorrhagie qui résulte de l'implantation du placenta sur l'orifice interne : les dangers que l'enfant court par suite de son séjour prolongé dans l'excavation sont évidemment bien moindres dans le premier cas que dans le second.

L'enfant une fois extrait, l'accoucheur aura à surveiller attentivement la délivrance, à favoriser la rétraction des parois utérines, et à pratiquer au besoin la délivrance artificielle. Il est d'observation que dans les cas d'insertion du placenta sur l'orifice interne du col, on a très-souvent à combattre l'inertie de l'utérus après l'accouchement. Enfin Baudelocque a le premier signalé un fait que nous croyons devoir mentionner ici : très-souvent les membranes de l'œuf se détachent circulairement autour du placenta et restent en grande partie dans l'utérus ; l'accoucheur doit donc examiner avec soin le délivre et en compléter l'extraction.

Très-souvent l'enfant réclamera, après sa naissance, des soins qui doivent lui être administrés immédiatement. Par suite de l'interruption plus ou moins longue de la circulation utéro-placentaire, interruption qui résulte du décollement parfois complet du placenta, l'enfant naît souvent dans un état de mort apparente. Le médecin doit, dans les cas de ce genre, employer, avec énergie et persévé-

rance, les affusions froides, les frictions sèches, les frictions avec des liquides excitants, l'irritation des muqueuses, et surtout l'insufflation, pratiquée suivant la méthode de M. Depaul, qui en a si bien fait sentir les avantages, en réfutant victorieusement les objections formulées contre elle.

Enfin la femme, heureusement délivrée, restera longtemps faible et languissante; elle réclamera le traitement ordinaire de l'anémie que laissent après elles toutes les hémorrhagies considérables, quelle que soit leur cause.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la composition de la pesanteur avec une force de projection ; applications à la marche et au saut.

Chimie. — Des caractères distinctifs du cuivre.

Pharmacie. — De la nature des différents principes mucilagineux contenus dans les plantes. Par quels procédés prépare-t-on les mucilages? Des végétaux qui les fournissent le plus habituellement ; comparer entre eux les mucilages les plus employés.

Histoire naturelle. — De la structure de l'épiderme dans les végétaux ; la comparer avec celle de l'épiderme dans les animaux.

Anatomie. — Des substances qui entrent dans la composition du cerveau ; des rapports de quantité entre la substance blanche et la substance grise dans la texture des circonvolutions cérébrales.

Physiologie. — Le mouvement du sang offre-t-il la même rapidité dans les différents points de son cours?

Pathologie interne. — Des altérations physiques et chimiques de l'urine.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la composition de la pesanteur avec une force de projection; applications à la marche et au saut.

Chimie. — Des caractères distinctifs du cuivre.

Pharmacie. — De la nature des différents principes mucilagineux contenus dans les plantes. Par quels procédés prépare-t-on les mucilages? Des végétaux qui les fournissent le plus habituellement; comparer entre eux les mucilages les plus employés.

Histoire naturelle. — De la structure de l'épiderme dans les végétaux; la comparer avec celle de l'épiderme dans les animaux.

Anatomie. — Des substances qui entrent dans la composition du cerveau; des rapports de quantité entre la substance blanche et la substance grise dans la texture des circonvolutions cérébrales.

Physiologie. — Le mouvement du sang offre-t-il la même rapidité dans les différents points de son cours?

Pathologie interne. — Des altérations physiques et chimiques de l'urine.

Pathologie externe. — De la pustule maligne et du charbon.

Pathologie générale. — Du rôle joué par les altérations du sang dans la production des maladies.

Anatomie pathologique. — Des rétrécissements des orifices du cœur et de leur effet.

Accouchements. — De la grossesse multiple.

Thérapeutique. — De l'influence de l'aimant sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Du pansement des plaies.

Médecine légale. — Des hermaphrodismes, au point de vue de la médecine légale.

Hygiène. — Des premiers soins que réclame l'enfant nouveau-né.

Vu, bon à imprimer.

NÉLATON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.